



Studiemiddag

Tussen wal en schip

Woensdag 19 november 2025

Programma

14:00 Welkom

14:10 Samenwerking GGZ en VVT Ingrid van de Ven

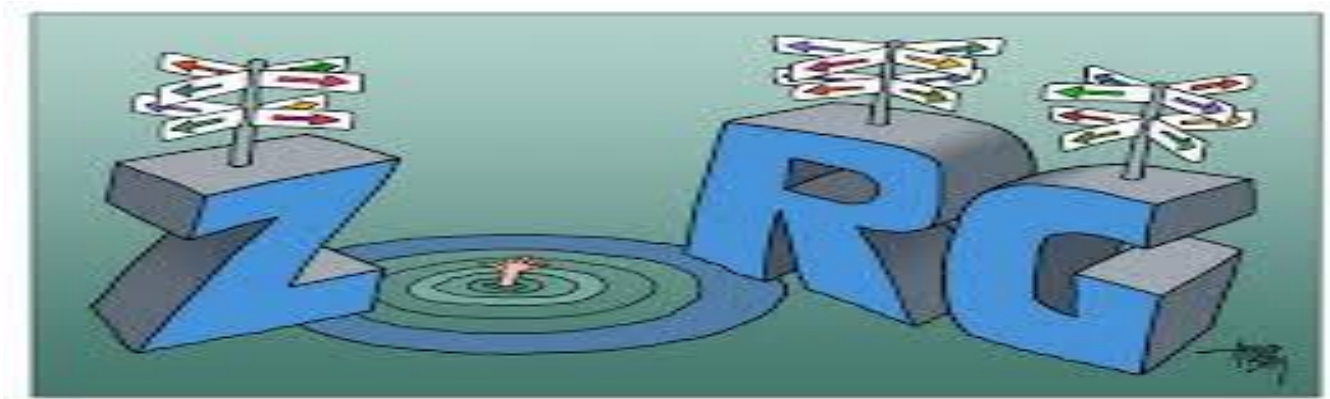
14:50 Good practice Ellen Okkema & Zarah de Jong

15:10 Pauze (30 min)

15:40 Casuïstiekbespreking

16:30 Plenair nabespreken

16:45 Kennisdeler award



Tussen wal en schip

Samenwerking GGZ en VVT ter voorkoming dat ouderen buiten de boot vallen

ZuweZorg

evean 

Axioncontinu 
wonen, zorg en revalidatie


DE RIJNHOVEN



Zorgpartners
Midden-Holland

Beweging
3.0

 **PHHaastrecht**
Psychologische Hulpverlening Haastrecht

PG **parnassia**
groep
Specialist in geestelijke gezondheid

 **GGZ Rivierduinen**

PgD  *Psychologische expertise*
voor de ouderenzorg



ALTRECHT

RINO 
amsterdam

RINO
GROEP

Agenda

- Belang van samenwerken
- Risicogroepen?
- Kenmerken GGZ
- Samenwerken
- Casus Ellen Noorderbreedte



Belang van samenwerking

- Efficiënte en betaalbare zorg (verduurzamen/ innovatie/ kostenbesparingen)
- Kwaliteit van zorg (delen van kennis/ sneller inspelen op veranderingen en klantwensen)
- Betere werkcultuur, meer werkplezier, vermogen om gezamenlijke doelen te bereiken

Een mensheid die haar krachten bundelt, samenwerkt, profiteert van collectieve inventiviteit, kan zichzelf met grote hoogte stuwen!

Maar er is ook een andere kant: vanuit verbindingen kunnen samenwerkingspartners elkaar ook het leven zuur maken als we de complexiteit van verschillende perspectieven niet kunnen erkennen/ en geen duidelijke kaders en systemen ontwikkelen om verbindingen in goede banen te leiden..

Samenwerken makkelijker dan het lijkt

- Nederland is een losse cultuur
- Verschillende organisatieculturen (Stammenstrijd?)
- Andere taal
- Verschillende functies/ verantwoordelijkheden
- Verschillende wettelijke kaders
- Schotten in financiering
- Afstand tussen verschillende organisatie

Of maken we het onnodig moeilijk?

- Marktdenken vraagt pragmatische oplossingen, maar kwaliteit van zorg met de hulpvragen/ crisissen waar wij voor staan vragen misschien eerder een moreel debat (= geen stammenstrijd, maar open dialoog)
- Morele werkelijkheid is complex, erkenning dat waarden van een client tragisch in botsing kunnen komen vanuit verschillende perspectieven/ denkkaders
- Morele verantwoordelijkheid kan samen boven professionele verantwoordelijkheden stijgen. Ook als we niet wettelijk eindverantwoordelijk zijn, dragen we met zijn allen morele verantwoordelijkheid



Vergeet bij verschillende perspectieven niet dat het om dezelfde olifant gaat en diens waarden er toe doen!

Voorbeelden risicogroepen

- **Kip of het ei problematiek:** Ouderen met depressieve en cognitieve klachten, eindeloze zoektocht naar de grondslag/ welk behandelkader
- **Fluctuerende multi-factorele problematiek:** somatiek en gedragsproblemen, beperkt steunsysteem (ontregelde suikers/ vasculaire problematiek/ wisselende presentatie)
- **Te lichte problematiek:** ouderen met lichte psychiatrische stoornissen/ levensfaseproblematiek die bij GBGGZ niet binnen gestelde norm behandeld kunnen worden en niet complex genoeg zijn voor de S-GGZ
- **Te complexe problematiek:** ouderen met langdurige complexe psychiatrische aandoeningen die tevens cognitieve en somatische problemen ontwikkelen en *best of both worlds* nodig hebben

Waar is de GGZ in hoofdlijn niet zo van:

- Zorgproblemen
- Gedragsproblemen
- Cognitieve stoornissen
- Enkel diagnostiek
- Lichte/ enkelvoudige psychiatrische klachten

Risico's onder- en overbehandeling

- Er is een risico op onderbehandeling van psychiatrie bij ouderen buiten de GGZ
- Risico op overbehandeling psychiatrie binnen de GGZ



Waar is de specialistische GGZ o.a van?

- Behandelen van psychiatrische stoornissen met co-morbiditeit (ouderen GGZ)
- Behandelen van EPA-doelgroep (ernstige psychiatrische aandoeningen) (Wijk- Factteams)
- Verschillende modellen in de GGZ:
 - Pathofysiologische model
 - Harmful dysfunction model
 - Geïntegreerde neuropsychiatrische benadering

Kenmerken GGZ: Ouderenpsychiatrie (1)

- Kleine teams in grote organisatie, die hiërarchischer is. Vaak aparte eilandjes binnen de organisatie.
- GGZ onder druk; met name wachtlijstproblematiek/ personeelsschaarste/ afbouw intramurale voorzieningen
- Interne afspraken waar zijn we van/ wat waren we? Verschillend per organisatie
- Veranderwens en -potentie, behandelmogelijkheden worden meegewogen, alleen diagnostische vraag wordt vaak NIET aangenomen

Kenmerken GGZ: Ouderenpsychiatrie (2)

- GGZ werkt met behandelaren met eigen professionele kaders
- GGZ standaarden en richtlijnen: o.a. ouderen met psychische aandoeningen/ ouderen opgenomen in steeds meer GGZ richtlijnen
- Grote organisatie met uitdagingen op gebied van specialistische locaties en regionaal aanbod
- Wisselende samenstellingen teams; niet altijd voldoende kennis op somatisch vlak

Samenwerken in de regio

- Interventies (welke interventies, wanneer en door wie)
- Collegiaal overleg
- Consultatie
- Een veilig systeem van informatie-uitwisseling
- Monitoring van voortgang in de zorg
- Soepele overgangen van de ene setting naar de andere (thuis – ziekenhuis – GGZ – verpleeghuis);
- Crisisplaatsen in de verschillende settings en een gezamenlijk regionaal crisisprotocol
- Ruimte voor scholing
- Herkennen /vroegsignaleren van problematiek 'op het terrein van de ander' (bijvoorbeeld het herkennen van een depressie door een specialist op somatisch gebied)

Samenwerking: meerdere organisaties

- Heb scherp wie de regie heeft? Regie-tandem:
regiebehandelaar/hoofdbehandelaar met casemanager/ persoonlijk begeleider
- Is er sprake van overname, samenwerkingsvorm of consult?
- Vanuit welk wettelijk kader werk je? (Zorgmachtiging/ Wet verplichte ggz 2020)
- Regie op verschillende deelgebieden haalbaar? Afstemmen overkoepelende
doel/tijdslijnen en verwachtingen?
- GGZ zorgstandaarden:
 - Collaborative care (geïntegreerd aanbieden : multidisciplinaire samenwerking;
gestructureerd zorgplan; monitoring en interprofessionele communicatie)
 - Matched care (zorg op maat: ontwikkelingsfase, ernst, sociaal-culturele
aspecten etc) Uitgangspunt: niet minder dan noodzakelijk, niet meer dan nodig

Samenwerking: persoonlijk vlak

- Geef de ander de ruimte, vraag om verduidelijking en toelichting indien woorden niet helder zijn, vraag door en ga na wat je er mee wil
- Wat herken je wel , wat niet? Wat betekent het voor client? Wat wordt er van jou verwacht en ben je daar ok mee?
- Start vanuit nood/ behoefte client, zet de verschillende perspectieven naast elkaar, geen strijd wie heeft gelijk maar blijf nieuwsgierig wat perspectief van de ander kan toevoegen voor een brede kijk en komt tot gezamenlijke aanpak

Ja akkoord → afspraak hoe + tijd

Misschien → Hoe geven we het een kans? Vanuit welke hypothese? hoelang?

Nee, want → alternatieven en commitment Hoe verder, zijn er andere oplossingen, geef aan wat je wel zou willen van de ander

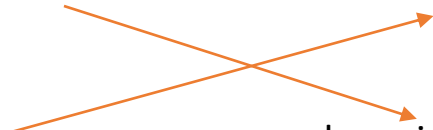
Samenwerken met de GGZ

Pessimisme:

handel nu/ noodtoestand (actief) --- fatalisme (passief)

Optimisme:

hoopvol (actief) ---- laconiek (passief)



Let op! Actieve optimisten en actieve pessimisten hebben soms de neiging om elkaar verwijten te maken over elkaars passiviteit, maar beter om te richten op de actieve mensen en je eigen passieve achterban proberen te mobiliseren.

Want over een ding zijn de actieve mensen het eens...

We moeten aan de bak, met name vanuit een morele verantwoordelijkheid!



Take home messages

- Samenwerken is niet zo vanzelfsprekend en makkelijk als het lijkt vanuit onze “losse cultuur” en “verschillende werkculturen” en vraagt duidelijke kaders en systemen
- Fundamentele vraagstukken vragen vaak fundamentele oplossingen
- Verval niet in de strijd “wat is de diagnose” (en dus wiens probleem is het?) maar naar wat heeft deze client nodig (en wat kan ieders bijdrage zijn?)
- Morele complexe vraagstukken vragen een moreel beraad vanuit een open dialoog.
- Er valt samen veel te winnen!

Moedig voorwaarts

- Zoek de samenwerking op en deel goede ervaringen!





Casus Toutenburg

Studiemiddag PGD 19 november

Toutenburg



- Expertise centrum op het gebied van geronto-psychiatrie en korsakov (REC)
- Multidisciplinair team/bieden consultatie en adviesfunctie/samenwerking met diverse netwerkpartners
- Binnen de geronto-psychiatrie bieden wij een therapeutisch leefmilieu (herstel ondersteunende zorg en STL) waar werk- en dagbesteding een belangrijke rol speelt

Sociotherapeutisch leefmilieu

- Een omgeving die aangepast is aan de behoeftes ten aanzien van
 - sociaal contact,
 - structuur
 - omgaan met prikkels
 - manier van begeleiden
- Bij samenstelling van de groep cliënten wordt ook gekeken naar een positieve groepsdynamiek
- Zichtbaar in de huiskamer (inrichting, meubilair) maar ook in de benaderingswijze
- Vier soorten leefmilieus onderscheiden: socio-groep, baken-groep, balans-groep, sfeer-groep
- Werken volgens principes van herstel



Toutenburg	Kernwoorden van de woongroep	Kernwoorden van de cliënt	Wat vragen we van de medewerker
Sfeergroep	-vertrouwen -veiligheid -structuur -balans -beschermend	-Kwetsbaar -Angstig -Rust	-Competentieprofiel en Leerlijn GP -Aansluiten -Presentie -Naast iemand staan -Kunnen begeleiden met de handen op de rug
Balansgroep <i>Type 2 beschermend/nabijheid</i>	-Begrenzen -Duidelijkheid -Structuur -Balans in rust & activiteiten -Balans in contacten & op zichzelf zijn -Veiligheid -Rust	-Basisstructuur -Eigen gang gaan -Duidelijkheid -Kwetsbaar -Minder prikkels -Balans tussen draagkracht en draaglast	-Competentieprofiel en Leerlijn GP -Consequent -Lange adem -Kunnen begeleiden met de handen op de rug
Balansgroep <i>Type 1 Structurerend</i>	-Structuur -Stimulatie -Balans in rust & activiteiten -Balans in contacten & op zichzelf zijn -Individueel en kleine groep -Duidelijkheid	-Basisstructuur -Eigen gang gaan -Duidelijkheid	-Competentieprofiel en Leerlijn GP -Structuur -Duidelijkheid -Sterk in de schoenen staan -Kunnen begeleiden met de handen op de rug
Bakengroep	-Prikkel-arm -Structuur -Individueel -Houvast -Eigenheid	-Behoeftte aan 1 op 1 contact -Op zichzelf zijn -Snel in conflict -Behoeftte aan rust	-Competentieprofiel en Leerlijn GP -Rust -Duidelijkheid -Concreet -Kort -Kunnen begeleiden met de handen op de rug.
Sociogroep	-Stimulerend -Structuur (bepalen met de cliënt) -Zelfstandig -Prikkel -Uitdaging -Maatschappij -Samen/groep	-Actief -Zinvol bezig zijn -Contacten -Naar buiten gericht	-Competentieprofiel en Leerlijn GP -Sturen -Korte lijntjes -Kunnen begeleiden met de handen op de rug -Samen met de cliënt

Casus/voorgeschiedenis

- Keniaanse vrouw, 53 jaar. Woont sinds 2001 in Nederland
- Vanaf 2007 in beeld bij de GGZ. Hierna GGZ, VNN, FACT, Limor afwisselend betrokken
- Is gescheiden. De kinderen zijn in 2010 uit huis geplaatst.
- PTSS en depressie
- Histrionische persoonlijkheidsstoornis
- Stoornis in het gebruik van alcohol
- Ontregelde diabetes mellitus
- Zelfverwaarlozing

Casus/verloop voor opname

Wat ging goed:

- Periode alcoholvrij
- Dagbesteding
- Start Nederlandse lessen
- Bewindvoering
- Geloofsovertuiging (Jehova)

Wat verliep moeizaam:

- Wil 'Verleden toedekken'. Herbelevingen in de nacht.
- Terugkerend alcoholmisbruik/ontregelde bloedsuikers
- Geen sociaal netwerk/verlies contact kinderen.
- Misbruik binnen relatie

Casus/opname

Opname Toutenburg vanuit Medische Psychiatrische Unit (ZKH) 01-06-2023 op O&D

- Is er sprake van Korsakov? (zou mogelijk Wernicke hebben doorgemaakt)
- Aandacht psychiatrische behandeling (gericht op de PTSS en depressie).

Casus/verloop gedurende verblijf

Zeer nerveuze hyperalerte vrouw die bij de hand genomen moest worden. Verstopte zich letterlijk.
Kon niet stil staan bij wat ze zelf voelde

GZ-psycholoog, specialist ouderengeneeskunde, beeldende therapie, maatschappelijk werk,
diëtist

Cognitieve screening

Diabetes, gewicht, hygiëne, alcohol gebruik

Verhuisd naar socio-woning, dagbesteding (productiewerkzaamheden),

Vraag het aan Copilot

1 van 1

VUVC Invulformulier holistische theorie

Historie

Persoonsfactoren

Doorzetter
Motivatie
Intelligentie-niveau

Omgevingsfactoren

Onveilige jeugd / onveilige hechting
Trauma's (Immigratie)
Onveilige relaties

Persoonlijkheid

Kernovertuigingen

'Andere mensen zijn niet te vertrouwen'
'De wereld is onveilig'

Zelfbeeld

'Ik stel niets voor'

Leefregels

'Als ik mijn gevoelens onderdruk, dan heb ik er geen last van'
'Als ik mijn ervaringen/gevoelens deel dan ben ik onveilig'

Coping

Vermijden (middelen, terugtrekken) ('masker' opzetten)
Bevestiging zoeken bij anderen mee bewegen met anderen

Klachten

PTSS-klachten, zoals:

- Hyperaltheid
- Wantrouwen
- Slecht slapen
- Overzichts problemen
- Geheugen-klachten

Gevolgen

Niet zelfstandig kunnen wonen / leven

Stressoren

Triggers die doen denken aan verleden, bijvoorbeeld:

- onverwacht nieuws of bezoek
- Te directe omgeving (raining)

Beschermende factoren

- Veilige woon-omgeving
- Abstinentie
- Geloof (Jehova)

Naam Cliënt

Casus/nu

- Overstijgt de groep
- Contacten op de groep
- Cultuur blijft belangrijk
- Traumabehandeling (cultuur sensitieve traumabehandeling GGZ Evenaar)
- Medicatie in eigen beheer
- Werken aan meer zelfstandigheid (buiten de instelling)
- Staat op wachtlijst voor begeleid wonen

Toekomst?

Casuïstiekbespreking

Kennisdeler award 2025



Kennisdeler award 2025

En de winnaar is

Dank voor de aandacht!